

Chronisches Q-Fieber

Wegdam-Blans et al

The Dutch Q fever Consensus Group

© 2011 The British Infection Association, published by Elsevier Ltd.

Journal of Infection 2012; 64:247-259

Epikrise in deutscher Sprache

von

Walter Berghoff

Einführung:

Geschätzt 1%-5% entwickeln chronisches Q Fieber.

Häufigste Manifestation: Endokarditis, Infektion von Aneurysmen oder vaskulären Prothesen.

Sonstige Manifestationen: Arthritis, Osteomyelitis, Hepatitis.

Schwangerschaft ist ein Risikofaktor für die Entwicklung eines chronischen Q Fiebers.

Unbehandeltes chronisches Q Fieber führt zu erheblicher Morbidität und zu einer Mortalität bis zu 60%.

Langzeitantibiotische Behandlung ist erforderlich, bevorzugt Hydroxychloroquin und Doxycyclin.

Chronisches Q Fieber wird bei einer zunehmenden Zahl von Menschen festgestellt.

Krankheitsmanifestationen des Q Fiebers:

- Endokarditis
- Fieber
- Nachtschweiße
- Gewichtsverlust
- Fatigue
- Spleno-Hepatomegalie

Antibiotische Langzeittherapie für mindestens 18 Monate.

Bei einem IFA IgG 1:800 oder darüber kann chronisches Q Fieber nicht ausgeschlossen werden. Labordiagnostik nicht ausreichend standardisiert.

PCR im Gewebe (z.B. Herzklappen) Sensivität 100%, im Blut 47%. Im buffy coat Sensivität höher.

Mittels Echokardiographie Veränderungen an den Herzklappen bei 25% der Fälle mit chronischem Q Fieber nachweisbar.

Diagnostische Leitlinien chronisches Q Fieber (Diagnostische Wahrscheinlichkeit)

Sicher:

1. Erregernachweis

oder

2. IFA IgG 1:1024

+ Endokarditis oder Infektion großer Blutgefäße oder vaskulärer Prothesen
(FTG-PET, CT, MRT)

Wahrscheinlich:

IFA IgG 1:1024 und eines der folgenden Kriterien:

- Herzklappenerkrankung
- Bekanntes Aneurysma

- Prothetisches Material im Herz-Kreislauf-System
- Nachweis von Infektion an Herzklappen, Gefäßen und vaskulären Prothesen
- Verdacht auf Osteomyelitis
- Verdacht auf Hepatitis
- Schwangerschaft
- Symptome einer chronischen Infektion
(Fieber, Gewichtsverlust, Nachtschweiße, Hepatomegalie, erhöhte BSG, erhöhtes CRP)
- Granulomatöse Gewebsentzündung
(histologisch belegt)
- Herabgesetzte Immunabwehr

Möglich:

IFA IgG 1:1024

Häufige Kontrolluntersuchung im Krankheitsverlauf erforderlich. Bei Vermutung eines chronischen Q Fiebers:

Echokardiographie

PET CT

Anmerkung:

Weitere Informationen siehe Text „Infektiologische Differentialdiagnose der chronischen Lyme-Borreliose und sogenannte Coinfektionen“, www.praxis-berghoff.de.